

ค่านิยมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Values

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และ
ได้มาตรฐาน หรือเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมาย
เพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost containment) ของระบบบริการสุขภาพ

พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข

ประเด็นที่น่าสนใจ

- บริการที่มีคุณภาพ มีความหมายครอบคลุมมากกว่าบริการที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ (professional standard) แต่บริการนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน (responsiveness) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย
- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย หมายถึง การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบมีค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ระบบมีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว (long term financial sustainability)
- มีความเชื่อว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มักจะมีต้นทุนในการจัดบริการสูงกว่าบริการที่ด้อยคุณภาพ หรือคุณภาพบริการมักจะผันแปรตามต้นทุนที่ใช้ในการจัดบริการ
- ที่ผ่านมามีรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการมักสะท้อนว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพที่ประชาชนจะได้รับ จนดูเหมือนว่าประเด็นเรื่องคุณภาพบริการและการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นประเด็นที่จะต้องเลือกไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง
- อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีหลักประกันว่าบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะเป็นบริการที่มีคุณภาพและให้ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) ดีกว่าบริการสุขภาพเดียวกันที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า นอกจากนี้บริการพื้นฐานควรเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย
- การจัดบริการจนกระทั่งถึงจุดหนึ่ง (threshold) ที่การลดต้นทุนจะกระทบต่อคุณภาพบริการ ต้นทุน ณ จุดนั้นจึงเป็น “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการนั้นๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด
- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพจึงสามารถดำเนินการ โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางรายการที่อาจมีต้นทุนประสิทธิผลต่ำโดยไม่กระทบต่อคุณภาพของบริการได้



ความสำคัญ

ก่อนหน้าที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal healthcare expenditure) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (เฉลี่ยร้อยละ 5.0 ต่อปีในปี 2537-2544) [1] แต่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายนอกภาครัฐ (ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบเอง) โดยคนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการจะไม่ได้รับบริการที่จำเป็น และความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (horizontal equity) จะเป็นประเด็นทางนโยบายที่ได้รับความสนใจ การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (cost containment) บริการสุขภาพส่วนบุคคล เริ่มมีความสำคัญเมื่อรัฐบาลกำหนดให้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น เพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ได้กลายเป็นภาระของผู้บริหารระบบ (system manager) หรือผู้ซื้อบริการ (healthcare purchaser) ที่จะต้องบริหารให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่ว่าจะรายได้ของระบบจะมาจากภาษี (general tax revenue) หรือเงินสมทบจากประชาชน (contribution) หรือทั้งสองส่วน ผลของการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายดังกล่าวทำให้เกิดความวิตกกังวลว่า จะกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนจะได้รับ เนื่องจากมีความเชื่อว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มักจะมีต้นทุนในการจัดบริการสูงกว่าบริการที่ด้อยคุณภาพ หรือคุณภาพบริการมักจะผันแปรตามต้นทุนที่ใช้ในการจัดบริการ

ที่ผ่านมาเมื่อรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการมักสะท้อนว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพที่ประชาชนจะได้รับ จนดูเหมือนว่าประเด็นเรื่องคุณภาพบริการและการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นประเด็นที่จะต้องเลือกไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง (Tradeoff issue) เป็นไปไม่ได้ที่จะทำให้ทั้งสองประเด็นประสบความสำเร็จพร้อมๆ กัน และเป็นประเด็นค่านิยมที่สำคัญ

เหตุผลทางวิชาการเพื่อความเข้าใจค่านิยมดังกล่าว

1. ไม่ได้มีหลักประกันว่าบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะเป็นบริการที่มีคุณภาพและให้ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) ดีกว่าบริการสุขภาพเดียวกันที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า [2] นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมากในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นหรือไม่ได้เป็นการให้บริการตามมาตรฐาน มีการตรวจวินิจฉัย/การให้ยา ปฏิชีวนะหรือผ่าตัดเกินความจำเป็น [3,4,5] ค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งเกิดจากการดูแลผลแทรกซ้อนของการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐาน [5] การลดค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพโดยไม่กระทบต่อคุณภาพบริการ สามารถทำได้โดยการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ [5] การจัดบริการจนกระทั่งถึงจุดหนึ่ง (threshold) ที่การลดต้นทุนจะกระทบต่อคุณภาพบริการ [4] ต้นทุน ณ จุดนั้นจึงเป็น “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการนั้นๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด
2. ประเด็นเรื่องคุณภาพ/มาตรฐานบริการสุขภาพมีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายมิติ ทำให้ยากที่จะหาข้อยุติเรื่อง “นิยาม (definition)” และ “การวัด (measurement)” ซึ่งจะเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป [4] ความซับซ้อนดังกล่าวทำให้การคำนวณหา “ต้นทุนขั้นต่ำ” สำหรับบริการหนึ่งๆ (ให้เป็นที่ยอมรับ) เป็นเรื่องยากด้วย



3. เนื่องจากบริการสุขภาพเป็น labor intensive service ซึ่งต้นทุนค่าแรงอาจสูงมากกว่าร้อยละ 50 ของต้นทุนทั้งหมด คุณภาพบริการสุขภาพก็ขึ้นกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคลากรเป็นสำคัญ มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบจึงควรมุ่งเน้นที่ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรบุคคล การส่งเสริมให้บุคลากรให้บริการตามมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ (practice guideline)
4. ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ จะขึ้นกับสิทธิประโยชน์ (benefit package) ที่ผู้มีสิทธิจะได้รับการคุ้มครองด้วย การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพจึงสามารถดำเนินการ โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางรายการที่อาจมีต้นทุนประสิทธิผลต่ำโดยไม่กระทบต่อคุณภาพของบริการได้

ความหมายเชิงปฏิบัติการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน หมายถึง ระบบที่ให้ความคุ้มครองประชาชนทุกคนว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือต้องการบริการสุขภาพที่จำเป็นแล้วจะได้รับบริการดังกล่าว โดยบริการนั้นเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย

- บริการที่มีคุณภาพ มีความหมายครอบคลุมมากกว่าบริการที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ (professional standard) แต่บริการนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน (responsiveness) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง ระบบที่ให้ความคุ้มครองประชาชนทุกคนว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือต้องการบริการสุขภาพที่จำเป็นแล้วจะได้รับบริการดังกล่าว โดยบริการดังกล่าวจำกัดเฉพาะบริการพื้นฐานตามที่กำหนดเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ระบบมีภาระค่าใช้จ่ายสูงจนเกินไป

- การกำหนดว่าบริการอะไรจะเป็นบริการพื้นฐานนั้น อาศัยหลักการหลายอย่างประกอบกัน เช่น บริการนั้นต้องมีประสิทธิผลต่อต้นทุน (cost effectiveness) หรือมีอรรถประโยชน์ต่อต้นทุน (cost utility) เป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost) กรณีที่ต้องการป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยและการใช้บริการ (catastrophic illness) [6,7]
- แม้ว่าจะไม่ได้มีการกล่าวถึงประเด็นคุณภาพของบริการพื้นฐาน แต่โดยทั่วไปแล้วบริการพื้นฐานควรเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย

การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย หมายถึง การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบมีค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ระบบมีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว (long term financial sustainability)

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเด็นการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายได้รับความสนใจและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้น ผลของการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายทำให้เกิดความกังวลเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ เนื่องจากการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการลดทอน



บริการพื้นฐาน (หรือสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มีความอ่อนไหวทางการเมืองมากกว่า

สถานการณ์ในประเทศไทย

ที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีความพยายามกำหนดมาตรฐานการให้บริการผ่านการจัดทำ Clinical practice guideline (CPG) แต่ก็ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์เท่าที่ควร สถานพยาบาลแต่ละระดับให้บริการประเภทเดียวกันด้วยต้นทุนที่แตกต่างกัน ซึ่งน่าจะสะท้อนวิธีการจัดการบริการที่แตกต่างกัน สถานพยาบาลระดับตติยภูมิโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีต้นทุนการจัดบริการสูงสุด อ้างว่าต้นทุนดังกล่าวเป็นต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (หรือในทางกลับกันคือ โรงพยาบาลระดับอื่นให้บริการไม่ได้มาตรฐาน) แต่ก็ไม่มีข้อมูลที่ยืนยันได้ว่าจะมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะแรก ยอมรับที่จะจ่ายชดเชยค่าบริการสุขภาพเดียวกัน (เฉพาะบริการผู้ป่วยใน) ด้วยอัตราที่แตกต่างกันเมื่อให้บริการที่โรงพยาบาลต่างระดับ (ด้วยการถ่วงน้ำหนัก 1.6, 1.4 และ 1.0 สำหรับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ ตามลำดับ) โดยเป็นการจ่ายแบบมีเพดาน (DRG with global budget) แต่อัตราเหมาจ่ายรายหัวขณะนั้นค่อนข้างต่ำ (1,202 บาท/ประชากร ในปี 2545-2546) ทำให้โรงพยาบาลตติยภูมิสะท้อนว่ายังได้รับการชดเชยไม่เพียงพอและไม่สามารถให้บริการได้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ต่อมามีการใช้ค่ากลาง (median) ของต้นทุนค่าใช้จ่าย เป็นอัตรการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน สำหรับสถานพยาบาลทุกระดับในปี 2548 (แต่ยังมีการคุ้มครองบริการผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้จ่ายในอัตราแยกเฉพาะคือ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับ 10,300 บาท) [8] ทำให้มีเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพิ่มมากขึ้นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพกำลังทำลายระบบบริการสุขภาพ เพราะทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม การปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นมากในระยะหลังพร้อมกับการปรับปรุงการจ่ายเงินชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group: DRG) ที่ทำให้น้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight: RW) ของโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้น ทำให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้รับการชดเชยเพิ่มขึ้น (เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่รักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นหลัก) แต่เสียงสะท้อนว่างบประมาณไม่เพียงพอ และกระทบต่อคุณภาพบริการยังมีอยู่ตลอด

ความพยายามในการหา “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ได้เริ่มกรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยพิจารณาจากมาตรฐานการจัดบริการและคำนวณต้นทุนโดยใช้แนวคิด Activity based costing (ABC) [9] ต่อมากรณีของ “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการรักษามะเร็งโลหิตวิทยา (Leukemia and Lymphoma) และนำไปสู่การกั้นงบประมาณ (earmarked budget) สำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (disease management) อย่างไรก็ตาม ไม่มีการพิสูจน์ว่า ต้นทุนที่ได้เป็นต้นทุนขั้นต่ำ (สำหรับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน) จริง



การขยายสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพในระยะหลัง (เช่น การให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และการให้บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย) โดยแยกคำนวณงบประมาณจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ความกังวลเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอแต่ขยายสิทธิประโยชน์ลดลง แต่ตราบไต่ที่ต้นทุนการให้บริการยังเพิ่มขึ้นสูงกว่าอัตราเพิ่มของงบประมาณ และระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการยังคงเน้นใช้ระบบปลายปิด (close end provider payment) เนื่องจากต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย ความกังวลเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานจะยังคงมีอยู่ต่อไป

ผลกระทบต่อค่านิยมอื่น ๆ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพวิธีหนึ่งที่สำคัญคือ การปรับลดบริการพื้นฐานให้เหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งอาจกระทบต่อค่านิยมเรื่องการรักษาให้ความสำคัญคุ้มครองพื้นฐาน (first dollar approach) หรือการให้ความสำคัญคุ้มครองแบบครอบคลุม (comprehensive benefit package) ซึ่งเป็นค่านิยมที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบัน รวมถึงค่านิยมในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้ยืดหยุ่นเพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่สามารถร่วมจ่ายได้ (consumer choice with cost sharing)

รูปธรรมที่ชี้วัดการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด

รูปธรรมที่ชี้วัดการตัดสินใจว่าเอนเอียงไปสู่ประเด็นด้านใด อาจพิจารณาจาก

- การพิจารณารูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ (provider payment method) โดยหากเป็นรูปแบบที่เน้นการควบคุมต้นทุนสูง เช่น จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จ่ายแบบรายโรคโดยมีเพดาน (DRG with global budget) น่าจะสะท้อนว่า ระบบให้ความสำคัญกับเรื่องการควบคุมต้นทุนมากกว่า ขณะที่การจ่ายแบบตามรายการ (fee-for-service) อาจสะท้อนการให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพบริการมากกว่า
- การพิจารณาปรับลดบริการพื้นฐานจากเดิมที่ให้แบบครอบคลุม เหลือเพียงครอบคลุมเฉพาะบางโรค (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง) สะท้อนค่านิยมที่ระบบต้องการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย โดยผลกระทบที่ต้นทุนค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งให้ประชาชนรับผิดชอบแทน (สำหรับโรคหรือบริการที่ไม่ครอบคลุม) แต่ขณะเดียวกันอาจสะท้อนว่า การตัดความครอบคลุมบริการบางประเภทออก เพื่อให้บริการส่วนที่เหลือ (และยังครอบคลุม) ได้รับงบประมาณเพียงพอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2547) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537-2544.
2. Reed A. In health care, cost isn't proof of quality. The New York Time. June 14, 2007. [Cited 2008 March 5] Available from URL: <http://www.nytimes.com/2007/06/14/health/14insure.html>.
3. Laborers' Health & Safety Fund of North America 2005. Health care cost containment focus shifts to quality. [Cited 2008 January 31] Available from URL: <http://www.lhsfna.org/index.cfm>
4. Eugene L, Michael C (2000). Cost and quality under Managed Care: irreconcilable differences? The American Journal of Managed Care. Vol. 6 No.3 March 2000.
5. Bruce S. Pay-for-performance: is it quality or cost that matters? Applied Neurology. [Cited 2008 January 31] Available from URL: http://appneurology.com/print.jhtml?articleID=187200420&url_prefix..
6. Stefan G, Dea N, Heinz R, Jurgen W (2005). Criteria and procedures for determining benefit packages in health care: A comparative perspective. Health Policy 73 (2005). 78-91.
7. David MD, Ruth K, Alexander O, Erika B, Sukumar V, Marion D (2007). Health insurance benefit packages prioritized by low-income clients in India: Three criteria to estimate effective choice. Social Science & Medicine 64 (2007). 884-896.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2548). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548.
9. วลัยพร พัชรนฤมล, ภูษิต ประคองสาย, กัญจนดา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2545). อัตราความจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 11 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2545.

